



# Суммарная оценка степени тяжести на основе семиотики угрожающих состояний

Сатыбалдиева Мадина  
05-01 группа

**По экстренности диагностики и началу лечебных мероприятий все УС условно можно разделить на три группы:**

- 1. Вероятность летального исхода в течение десятка минут (клиническая смерть, асфиксия, наружное кровотечение из крупного артериального ствола, напряженный превмоторакс и т.д.).
- 2. Вероятность летального исхода в течение нескольких часов (отек легких, шок любой этиологии, глубокая кома, первичный инфекционный токсикоз и т.д.).
- 3. Вероятность летального исхода через сутки и более (острая почечная и печеночная недостаточность, инфекционное поражение витальных органов).

- 4. Тяжесть УС может быть обусловлена не одним, а несколькими патологическими синдромами. В этих случаях врач должен выделить из них наиболее важный и направить действия на его ликвидацию. Например, у больного тяжесть состояния обусловлена синдромом обструкции верхних дыхательных путей и гипертермией. В этом случае первостепенное значение будет иметь нарушение проходимости дыхательных путей, т.к. оно быстрее приведет к летальному исходу, чем лихорадка. Это означает, что вначале помощь следует направить на ликвидацию дыхательной недостаточности, а затем уже на снижение температуры тела.
- 5. При оказании помощи детям на догоспитальном этапе следует придерживаться принципа – оказание только минимального, но достаточного объема медицинской помощи. Под этим принципом понимают проведение только тех мероприятий, без которых жизнь больных и пострадавших останется под угрозой. Врач скорой помощи не должен «подменять» госпитальный этап. Например, не следует при инфекционных заболеваниях подбирать и назначать антибактериальную терапию, если больной госпитализируется.

## Суммарная оценка степени тяжести на основе семиотики угрожающих состояний

- В ходе развития патологического процесса организм человека проходит через последовательную серию переходных состояний, которые в большинстве случаев отделить друг от друга трудно. Более того, в конкретной обстановке догоспитального этапа это не нужно.

**С практической точки зрения  
необходимо разграничить лишь  
такие степени тяжести:**

- Компенсация
- Субкомпенсация
- Декомпенсация
- Терминальное состояние.

- Это положение прежде всего справедливо в отношении ведущих патологических синдромов, после оценки которых можно составить суммарное представление о степени тяжести угрожающего состояния и принять правильное лечебно-тактическое решение.

# Группы угрожающих состояний

(Э.К.Цыбулькин)

- Состояние при которых летальный исход возможен в течение десятка минут;
- Состояние при которых летальный исход вероятен в течение нескольких часов или суток;
- Экстренная, угрожающая жизни ситуация, когда возможен неблагоприятный исход или инвалидизация.

# Классификация угрожающих состояний в соответствии с экстренностью диагностики и начала лечебных мероприятий

## Вероятность летального исхода в течение

десять минут	нескольких часов	экстренная, угрожающая жизни ситуация
<p><b>Клиническая смерть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• несчастные случаи (электротравма, утопление и др.)</li> <li>• острая асфиксия (инородное тело гортани или трахеи, «удушение»)</li> <li>• СВПН (напряженный, клапанный пневмоторакс, пневмомедиастинум)</li> <li>• кровотечение из крупного артериального ствола</li> <li>• эмболия ствола легочной или среднемозговой артерий</li> <li>• анафилактический шок</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кардиогенный и некардиогенный альвеолярный отек легкого</li> <li>• декомпенсированный шок любой этиологии</li> <li>• глубокая кома</li> <li>• астматический статус III ст.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эпиглоттит</li> <li>• Симптом острой бронхиальной обструкции</li> <li>• обширный ожог</li> <li>• острые отравления</li> <li>• сильные абдоминальные боли</li> <li>• диабетический кетоацидоз</li> <li>• лихорадка у детей до 2 месяцев</li> <li>• Геморрагическая сыпь</li> <li>• кровотечения из желудка и кишечника</li> <li>• сильная головная боль с рвотой.</li> <li>• ооли в грудной клетке.</li> <li>• укусы насекомых и животных с повреждением мягких тканей</li> </ul>



**Рабочая классификация степени тяжести ведущего патологического синдрома может быть представлена следующим образом:**

- 1. Ведущего патологического синдрома нет (состояние удовлетворительное).
- 2. Ведущий патологический синдром в стадии компенсации (за счет усиленной работы пораженная система или орган полностью справляются с возложенными на них функциями).
- 3. Ведущий патологический синдром в стадии субкомпенсации (пораженная система или орган перестает справляться с возложенными на них функциями при нагрузке).
- 4. Ведущий патологический синдром в стадии декомпенсации (пораженная система или орган перестает справляться с возложенными на них функциями при уже в покое, и из-за этого начинают страдать другие органы и системы).
- 5. Терминальное состояние. Наличие двух и более ведущих патологических синдромов в стадии декомпенсации (полиорганная недостаточность).

## Физикальное обследование детей в экстренной ситуации проводят с учетом следующих правил:

- 1. Осмотр должен быть целевым и направленным на поиски признаков УС, что позволяет осуществить его быстро и не поверхностно.
- 2. Первоначально ищут признаки декомпенсации дыхания, кровообращения и степени угнетения ЦНС. При их отсутствии обследование осуществляют по анатомическим областям (ребенок должен быть полностью раздет).
- 3. При проведении лечебных мероприятий, особенно при реанимационном пособии, следует использовать такие диагностические тесты, как очистка ротоглотки и оксигенотерапия, позволяющие диагностировать степень угнетения ЦНС по утрате рефлексов с ротоглотки и шунто-диффузионные расстройства в легких – по отсутствию положительной реакции на кислород.

# ШКАЛА ТЯЖЕСТИ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

*(Fine et al., 1997)*

Степень тяжести	Кол-во баллов	Риск летальности, %	Рекомендации по месту оказания помощи
I	<50	0.1	Амбулаторно
II	51-70	0.6	Амбулаторно
III	71-90	2.8	Госпитализация (кратковременная)
IV	91-130	8.2	Госпитализация
V	>130	29.2	Госпитализация